Faculté de Médecine de Paris

451

ANNÉE 1899

# THÈSE

N°

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 28 Juin 1899, à 1 heure*

PAR

G. ROBILLARD

Né à Melun (Seine-et-Marne) le 25 Août 1872

---

LA

# MÉTHODE DE CERNY-TRUNECEK

SES

## RÉSULTATS ET SES INDICATIONS

---

*Président :* M. FOURNIER, professeur.
*Juges :* MM. LANDOUZY, professeur.
GAUCHER et SÉBILEAU, agrégés.

---

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
JOUVE & BOYER
Imprimeurs de la Faculté de Médecine
15, Rue Racine, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris 451

ANNÉE 1899 **THÈSE** N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 28 Juin 1899, à 1 heure*

PAR


G. ROBILLARD

Né à Melun (Seine-et-Marne) le 25 Août 1872


LA

# MÉTHODE DE CERNY-TRUNECEK

SES

## RÉSULTATS ET SES INDICATIONS

*Président :* M. FOURNIER, professeur.
*Juges :* MM. LANDOUZY, professeur.
GAUCHER et SÉBILEAU, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*


PARIS
JOUVE & BOYER
Imprimeurs de la Faculté de Médecine
15, Rue Racine, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSSEURS : MM.

Anatomie.............................. FARABEUF
Physiologie.............................. Ch. RICHET
Physique médicale.............................. GARIEL
Chimie organique et chimie minérale...... GAUTIER
Histoire naturelle médicale.............................. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales..... BOUCHARD
Pathologie médicale.............................. HUTINEL, DEBOVE
Pathologie chirurgicale.............................. LANNELONGUE
Anatomie pathologique.............................. CORNIL
Histologie.............................. Mathias DUVAL
Opérations et appareils.............................. TERRIER
Pharmacologie et matière médicale........ POUCHET
Thérapeutique.............................. LANDOUZY
Hygiène.............................. PROUST
Médecine légale.............................. BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie... N...
Pathologie expérimentale et comparée...... CHANTEMESSE
Clinique médicale.............................. POTAIN, JACCOUD, HAYEM, DIEULAFOY
Maladies de enfants.............................. GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.............................. JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux. RAYMOND
Clinique chirurgicale.............................. BERGER, DUPLAY, LEDENTU, TILLAUX
Clinique ophtalmologique.............................. PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires.. GUYON
Clinique d'accouchement.............................. BUDIN, PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MM. | MM. | MM. | MM. |
|---|---|---|---|
| ACHARD | DESGREZ | LEJARS | THIERY |
| ALBARRAND | DUPRÉ | LEPAGE | THIROLOY |
| ANDRÉ | FAURE | MARFAN | THOINOT |
| BONNAIRE | GAUCHER | MAUCLAIRE | VAQUEZ |
| BROCA Auguste | GILLES DE LA TOURETTE | MÉNÉTRIER | VARNIER |
| BROCA André | HARTMANN | MERY | WALLICH |
| CHARRIN | LANGLOIS | ROGER | WALTER |
| CHASSEVANT | LAUNOIS | SEBILLEAU | WIDAL |
| DELBET | LEGUEU | TEISSIER | WURTZ |

Chef des Travaux anatomiques.......... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

# AVANT-PROPOS

---

MM Cerny et Trunecek de Prague, dans deux publications de la « Semaine médicale » (mai 97 et mars 99) ont fait connaître une nouvelle méthode de traitement des épithéliomes du tégument externe par les applications locales d'acide arsénieux.

Ce n'était pas une innovation thérapeutique à proprement parler, ils n'étaient pas les premiers à employer le caustique en question, mais ils venaient de trouver une nouvelle manière de l'appliquer. Comme tous ceux qui avaient cherché avant eux à traiter les tumeurs cancéreuses de la peau par les topiques, le but qu'ils s'étaient proposé avait été de détruire les éléments néoplasiques sans attaquer les tissus normaux.

Après avoir expérimenté l'acide arsénieux en poudre d'abord, puis en solution dans la glycérine, ils découvrirent qu'une solution hydro-alcoolique était de beaucoup préférable. Ils eurent plusieurs succès qu'ils publièrent aussitôt en indiquant la façon dont ils avaient opéré.

A ce moment il se trouva qu'un ami de M. le Dr Hermet présentait à la face une ulcération dia-

gnostiquée épithélioma par MM. Hutinel et Brocq, et traitée comme telle par ce dernier au moyen de cautérisations au chlorate de potasse. Comme malgré le traitement, l'ulcération gagnait en surface et en profondeur, sur le conseil de M. Hermet, le malade demanda que le procédé nouveau lui fut appliqué. Aucun des phénomènes attendus ne se produisit ; pensant qu'il existait une lacune dans la façon de procéder, M. Hermet et son ami partirent pour Prague. Ils y restèrent huit jours, reçurent des auteurs de la méthode des explications plus complètes que celles qu'ils avaient données dans la « Semaine médicale », le traitement fut repris et une amélioration sensible fut constatée. De retour à Paris, on continua ce qui avait été commencé à Prague, et le malade était guéri au bout de deux mois.

C'est alors que M. Hermet fit sa première communication à la Société de Dermatologie (mars 98). A partir de cette époque, le procédé fut accueilli par plusieurs dermatologistes avec beaucoup d'empressement, mais d'autres s'en montrèrent peu enthousiastes. Il y avait beaucoup d'insuccès ; la raison, c'est qu'on appliquait indistinctement la méthode à tous les cancroïdes de la peau, bien que la communication de MM. Cerny et Trunecek portât pour titre : « Guérison radicale du cancer épithélial ».

Nous avons vu employer le procédé à l'hôpital Saint-Louis. Avec M. Gastou, chef du laboratoire de la Faculté, nous avons suivi plusieurs malades soumis au traitement de Cerny et Trunecek et, sous sa direc-

tion, nous avons fait pour chacun d'eux un examen histologique de la lésion qu'ils présentaient, cela avant tout début de traitement. Nous avons vu que certains cancroïdes cicatrisaient vite et complètement, alors que d'autres semblaient rebelles à la méthode. M. Gastou croit que cette efficacité du traitement dans certains cas et son inefficacité dans d'autres s'expliquent par une différence dans la structure histologique des tumeurs traitées.

Notre intention est donc de faire connaître quelques résultats obtenus dans le service de M. le professeur Fournier par l'emploi de la méthode Cerny-Trunecek ; mais surtout de tenter de poser des indications plus complètes que celles qu'on a données jusqu'à présent, en nous basant sur la nature histologique, étudiée par biopsie préalable, des néoplasies cancéreuses de la peau. Nous verrons comment le procédé est appliqué dans le service de clinique. Nous indiquerons plusieurs accidents qu'on peut voir survenir au cours du traitement et qui lui sont imputables, mais dont la gravité n'est pas suffisante pour faire renoncer à la méthode. Enfin nous rappellerons que par l'addition d'orthoforme à la solution hydro-alcoolique on diminue, sans pouvoir supprimer, les douleurs dont on fait un si grand reproche au nouveau procédé.

Mais avant d'aborder ce travail, nous tenons à remercier nos maîtres dans les hôpitaux.

C'est pour nous un devoir agréable à remplir que d'adresser ici l'expression de toute notre reconnais-

naissance à notre cher Maître, M. le Dr Reynier, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. Nous avons suivi plus de deux ans son service, nous n'oublierons jamais ni ses précieuses leçons ni son extrême bonté.

Nous devons à M. le professeur Fournier nos connaissances en dermatologie et en syphiligraphie ; nous sommes heureux d'avoir été attaché pendant une année à son service. Nous le remercions vivement des enseignements que nous avons reçus de lui et de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous gardons un excellent souvenir des deux années passées auprès de MM. Gaillard-Lacombe et Galliard, médecin des hôpitaux, qui nous ont guidé dans l'étude de la pathologie interne et du diagnostic médical.

M. Duplaix, médecin consultant à l'hôpital Tenon, nous a donné des enseignements pratiques, nous le prions d'agréer nos remerciements.

Nous avons quitté avec regret M. le professeur Budin, chez qui nous avons accompli notre stage d'accouchements.

Nous sommes aussi tout particulièment reconnaissant envers MM. Gastou et Hermet qui nous ont donné l'idée de ce travail. Le premier nous a admis dans son laboratoire et nous a confié les résultats de ses recherches sur le sujet qui nous intéressait, le second nous a fait connaître quelques points de détails dans l'application de la méthode de Cerny-Trunecek.

Nous offrons enfin l'hommage de notre profonde

reconnaissance à M. le D[r] Gérard-Marchand, chirurgien des hôpitaux, qui nous a soigné pendant un mois pour un phlegmon du bras survenu à la suite d'une piqûre anatomique.



## Historique

De tout temps on a essayé de traiter les cancroïdes autrement que par les procédés chirurgicaux. Les anciens, Hippocrate, Celse, Paul d'Egine qui cependant préféraient à tout agent le fer rouge ont pourtant essayé des traitements médicaux. Après eux l'usage du bistouri prévalut sur celui du feu, malgré cela on vit encore les médecins chercher à détruire ce qu'ils appelaient les cancers de la peau par des moyens plus doux. Même le galvano-cautère n'empêcha pas l'essai de la médication topique.

Une foule de caustiques ont été employés dans le même but, mais jusqu'à nos jours celui qui réunissait le plus grand nombre de partisans, c'était l'acide arsénieux. L'arsenic est un des plus anciens caustiques connus ; bien qu'il fut redouté à cause des accidents qui résultaient de son absorption, son emploi remonte à la plus haute antiquité. Parmi les composés arsenicaux, l'acide arsénieux était employé à l'exclusion de presque tous les autres. Fuchs passe pour s'en être servi le premier comme caustique des cancers superficiels de la peau. En 1594 il en régla l'emploi, et dans la suite on peut dire que tous les dermatologistes en essayèrent l'usage.

Sans faire l'histoire complète de la méthode arsénicale nous rappellerons les principaux composés à base d'acide arsénicux qu'on employa.

*Poudres à base d'acide arsénieux.*

Poudre du frère Côme :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux pulvérisé............. | 5 |
| Cinabre porphyrisé ou vermillon...... | 25 |
| Eponge calcinée en poudre fine........ | 10 |

Poudre de Rousselot :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux pulvérisé............. | 1 |
| Sang de dragon pulvérisé............. | 8 |
| Cinabre porphyrisé.................... | 8 |

Poudre de Dubois :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux pulvérisé............. | 1 |
| Sang de dragon pulvérisé............. | 8 |
| Cinabre porphyrisé.................... | 16 |

Poudre arsenicale mercurielle de Dupuytren :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux pulvérisé............. | 1 |
| Calomel en poudre impalpable........ | 199 |

Poudre arsenicale du Codex de 1837 :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux pulvérisé............. | 1 |
| Sang de dragon pulvérisé............. | 2 |
| Cinabre pulvérisé..................... | 2 |

Poudre de Cazenave :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux pulvérisé......... | 0 50 |
| Sulfure rouge de mercure......... | 0 25 |
| Poudre de charbon animal......... | 0 50 |

Caustique de Plunkett :

| | | |
|---|---|---|
| Acide arsénieux | | 4 |
| Fleur de soufre | } | aâ 30 |
| Asa fœtida | } | aâ 30 |
| Renoncule âcre | } | aâ 30 |

Poudre de Justamond :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux | 1 |
| Sulfure d'antimoine pulvérisé | 16 |

Le codex de 1866 réduisit les formules précédentes à deux :

Poudre escharotique arsenicale faible (formule d'Ant. Dubois) ;

Poudre escharotique arsenicale forte (formule du frère Côme).

Toutes ces poudres s'employaient de la même façon ; on les délayait dans un peu d'eau simple ou d'eau gommée ou avec un blanc d'œuf jusqu'à consistance de bouillie que l'on étendait légèrement avec un pinceau sur les surfaces ulcérées. L'application n'avait lieu qu'une seule fois.

### *Pommades à l'acide arsénieux*

Pommade cathérétique :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux pulvérisé | 4 |
| Cinabre | 2 |
| Axonge | 32 |

Liniment arsenical de Swiedam :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux porphyrisé | 1 |
| Huile d'olive | 8 |

Ces pommades comme les pâtes obtenues au

moyen des poudres que nous venons d'énumérer s'étendaient en couche mince sur l'ulcération. Puis on attendait la formation d'une escharre et sa chute.

Manec modifia la pâte du frère Côme de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux.................... | 2 |
| Sulfure de mercure.................. | 6 |
| Eponge calcinée..................... | 12 |

Il délayait cette poudre dans un peu d'eau pour former une pâte demi-molle. Cette pâte fut dès lors la seule pâte arsenicale qu'on employa. Un élève de Manec et Massart, Garès décrit ainsi la façon d'employer le caustique.

Après avoir avivé la surface de la tumeur avec un peu d'ammoniaque de façon à être bien sûr d'agir sur une surface dépouillée et bien à vif, on applique sur la tumeur quelque soit son volume un petit gâteau de la pâte de Manec. Aussitôt après, on le recouvre d'un petit godet fait avec un morceau d'amadou soigneusement aminci. A la rigueur, pendant les 2 ou 3 premiers jours pour maintenir le pansement, on applique par dessus une bande de diachylon. Au bout de trois jours, on peut enlever cette bande, l'amadou fait corps avec la pâte et la pâte elle-même est intimement unie à la tumeur. A partir de ce moment il n'y a plus qu'à attendre. Le plus habituellement le malade se plaint le lendemain de quelques douleurs sourdes, mais qui ne sont pas assez fortes pour troubler sa tranquillité et son sommeil ; les jours suivants les douleurs augmentent et la sérosité s'accu-

mule et se dessèche. Au bout d'un temps variable on constate un commencement de décollement de la tumeur, c'est par sa base que ce décollement s'opère et en allant de la périphérie vers le centre. Les choses durent ainsi pendant 3 à 5 semaines, on constate pendant ce temps de la suppuration et on voit que la tumeur se dessèche, diminue de volume et revient sur elle-même. Enfin après un temps qui s'étend de 4 à 6 semaines, rarement plus, la tumeur se détache et tombe laissant à sa place une petite plaie vermeille qui entre bien vite en voie de cicatrisation. La cicatrice qui succède à cette plaie est ordinairement très petite et quelquefois même à peine perceptible.

La méthode de Manec fit fortune et M. le prof. Laboulbène qui l'employa disait d'elle : L'avantage de cette pâte arsenicale est considérable, car son action est véritablement élective, elle ne s'exerce que sur les tissus malades, elle respecte les tissus sains. On pourrait même dire qu'elle est la pierre de touche de l'épithéliome des téguments, dont elle poursuit les ramifications d'une manière remarquable.

Le procédé de Manec fut cependant suivi d'accidents d'intoxication arsenicale, et il échoua dans nombre de cas. Il tomba de ce fait quelque peu en discrédit, et d'autres caustiques furent mis en usage. Le chlorate de potasse surtout eut un grand succès.

En 1896, Cerny et Trunecek revinrent à la méthode arsenicale. Supposant, disent-ils, que le médicament agirait mieux si on l'appliquait en solution sur le tissu cancéreux, ils se servirent d'acide arsé-

nieux dissout dans la glycérine pure. Mais les effets ainsi obtenus furent beaucoup trop énergiques, car ce topique donna lieu à la formation d'une escharre imperméable à de nouvelles applications de la solution arsenicale. Ils en rejetèrent aussitôt l'emploi, et après avoir usé sans succès de plusieurs autres solutions d'acide arsénieux, ils s'arrêtèrent à une solution hydro-alcoolique à 1 pour 150, dans laquelle l'eau et l'alcool entraient en parties égales. Ils badigeonnaient de ce liquide le néoplasme ulcéré et laissaient évaporer à l'air libre. Les badigeonnages étaient renouvelés tous les jours ou tous les deux jours. Ce qui faisait la nouveauté du procédé, c'était le mode de fixation de l'acide arsénieux ; la fixation par l'air, fixation amenant la momification du cancer.

Dans un article de la « Semaine Médicale » (mars 1897) ils décrivirent leur procédé. Mais bientôt ils virent comme ceux qui l'adoptèrent que la méthode n'était applicable qu'à certains cas et en janvier 1899, ils publiaient un nouvel article « sur les formes de cancer justiciables des applications arsenicales ».

Depuis cette date, tout le monde s'accorde à reconnaître que la méthode n'est applicable qu'aux espèces épithéliomateuses à début superficiel, n'ayant pas infecté les ganglions satellites. Tous les auteurs donnent des indications tirées de la clinique, ce qui serait désirable c'est qu'on pût déterminer biopsiquement les variétés bénignes et les variétés malignes. C'est ce qu'a cherché M. Gastou qui a bien voulu nous faire connaître les résultats auxquels il est arrivé.

## Manuel opératoire

La solution hydro-alcoolique de Cerny et Trunecek s'emploie en badigeonnages. Mais avant tout il convient de nettoyer et d'asepsier soigneusement la surface ulcérée. On peut employer tout simplement des tampons de coton hydrophile imbibés d'une solution d'acide borique ou de sublimé, mais il est préférable de faire une pulvérisation de dix minutes. Puis on rendra l'ulcération légèrement saignante à l'aide d'un peu de coton sec qu'on promènera sur la plaie sans trop appuyer. Cerny et Trunecek insistent sur ce point : « Il ne faut pas craindre, disent-ils, de faire sourdre un peu de sang frais à la surface de la tumeur, au besoin même on cruentera l'ulcération cancéreuse sur une faible étendue, car il est indispensable que le contact du topique avec le tissu morbide s'effectue en présence de sang frais. Certains opérateurs font même sur l'ulcération quelques scarifications, d'autres la curettent. Cette dernière façon de procéder n'est du reste que la réédition du procédé d'Ant. Dubois. Ils font avec la solution d'acide arsénieux, ce que celui-ci faisait avec sa pâte arsénicale, combinant les deux méthodes, exérèse et cautérisation, en appliquant le

caustique sur la plaie qui résultait de l'extirpation de l'épithelioma par le bistouri.

Cerny et Trunecek pensent qu'on ne doit cependant pas pousser trop loin, l'avivement. A leur avis, quelques gouttes de sang suffisent parfaitement et si le sang s'écoulait en trop grande abondance, il faudrait sécher un peu la plaie avant d'appliquer le remède.

Le premier badigeonnage est fait avec une solution au 150$^{e}$, soit :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux............. | 1 gramme |
| Alcool éthylique............. | aâ 75 grammes |
| Eau......................... | |

L'acide arsénieux est peu soluble dans ce mélange d'eau et d'alcool, il reste en suspension dans le liquide plutôt qu'il ne s'y dissout. Aussi devra-t-on avoir soin d'aller chercher l'agent caustique au fond du flacon, où il est en plus grande abondance, avec le tampon qui doit être passé sur la plaie. Quelques auteurs décantent la solution au moment de l'application. De quelque façon qu'on s'y prenne, on pourra choisir comme porte-caustique entre le tampon de coton hydrophile monté à l'extrémité d'une pince ou roulé sur un petit bâton, et le blaireau, lequel a d'après les auteurs de la méthode le double avantage de mieux répartir le liquide sur l'ulcération, et de ne pas blesser les granulations cancéreuses.

On badigeonnera avec quelque précaution pour éviter que le liquide ne s'écoule sur les bords de la plaie. Du reste on peut enduire d'un peu de vaseline,

le pourtour de la surface ulcérée. Où il faudra surtout redoubler d'attention c'est quand on aura à opérer au voisinage de l'œil, comme cela se présente si souvent.

Dans la description de leur technique, Cerny et Trunecek disent de laisser l'évaporation se faire à l'air libre. M. Hermet qui les a vus faire nous indique de suivre leur exemple en activant cette évaporation au moyen du soufflet de Richardson, ou de la soufflerie du thermo-cautère.

Badigeonnage et évaporation se renouvellent 2 à 3 fois dans la même séance, c'est ce qui n'est pas indiqué par les auteurs mais qu'ils exécutent cependant.

L'opération faite, on pansera à plat disent les médecins de Prague, dans leur premier article, mais il sera préférable de laisser la plaie sans pansement. Nous croyons qu'il est indispensable que l'ulcération badigeonnée reste à l'air libre et l'insuccès de la première tentative de M. Hermet en est la preuve : sur le malade traité de la même façon à Paris et à Prague, l'eschare ne se forma qu'à partir du moment où l'ulcération fut laissée à découvert.

Le lendemain du premier badigeonnage, avec une pince on enlève de l'eschare, qui s'est déjà formée, ce qui se laisse enlever sans amener d'écoulement sanguin et sans provoquer de douleur. Et une nouvelle application a lieu. Elle se fait de la même manière que la première, avec une solution au même titre.

Et ainsi de suite tous les jours ou tous les deux jours.

Quand l'eschare qui le premier jour est mince et ne recouvre qu'une partie de l'ulcère, s'est un peu épaissie et a envahi toute la surface ulcérée, on élève le taux arsenical à 1 pour 100. Quelques jours encore et on porte la proportion à 1 pour 80, puis à 1 pour 50. Jaboulay est même allé jusqu'à 1 pour 30 sans observer d'accidents. Dans ces nouvelles solutions l'eau et l'alcool entrent toujours en parties égales.

Peu à peu l'eschare atteint une certaine épaisseur, elle s'énuclée alors en commençant par les bords. On peut en diminuer le diamètre chaque jour en coupant avec des ciseaux tout ce qui n'adhère pas. Elle finit par tomber.

On reviendra à ce moment à la première solution, la solution au 150e ; on fera un badigeonnage discret et si, le lendemain, une eschare analogue à la première, c'est-à-dire foncée, résistante et adhérente, commence à se reformer ou poursuivra les applications. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si on ne constate qu'une croutelle jaunâtre, mince et facile à enlever, c'est que tout le tissu néoplasique est détruit, et alors la plaie devra être traitée comme une plaie ordinaire. C'est du reste ce qu'on fera également après la deuxième, la troisième série de badigeonnages si elles ont été nécessaires.

Dans le service de M. le prof. Fournier cette technique a été quelque peu modifiée. Nous brûlons les étapes. Le premier jour la solution employée est

au titre de 1 p. 150, mais dès le deuxième ou le troisième jour nous passons à la solution à 1 pour 100 laquelle n'est du reste mise en usage que deux ou trois fois à son tour, pour faire place à une solution plus forte 1 pour 80, 1 pour 50.

Toutefois pour éviter une réaction trop vive de la part des tissus avoisinants, nous prenons la précaution de faire appliquer le soir un cataplasme de fécule, et le matin, avant la cautérisation, nous soumettons la région à une pulvérisation d'eau de guimauve. Si malgré cela il survient de la rougeur diffuse, et du gonflement autour du point malade, nous suspendons les badigeonnages quelques jours tout en continuant les cataplasmes et les pulvérisations. L'inflammation disparue, le traitement est repris avec plus de prudence.

Il y a dans l'application de la méthode deux écueils à éviter : c'est ou bien de s'arrêter trop tôt dans les cautérisations, ou bien de les prolonger quand tout le néoplasme est détruit. Dans le 1er cas le traitement aura été insuffisant ; or il faut se rappeler que, quelque soit le moyen mis en usage pour la guérison d'un cancroïde, les ablations et les destructions partielles ne font qu'exciter le mal et favorisent le développement du produit morbide. Dans le second cas, la guérison sera retardée, c'est ce qui arriva au malade de M. Hermet un badigeonnage intempestif détruisit les premiers bourgeons charnus.

La plaie bourgeonnante qui reste à traiter après la chute de la dernière escharre (laquelle peut être la

première) sera pansée avec de la poudre d'iodoforme et de la gaze iodoformée. On fera bien à cette période du traitement de surveiller attentivement son malade qui a la plus grande tendance à présenter de l'érythème médimenteux dû à l'iodoforme.

Nous terminerons ce chapitre de la technique opératoire en disant que nous avons observé que l'addition d'orthoforme à la solution de Cerny et Trunecek rend le traitement moins douloureux. C'est Ginestous interne de Bordeaux qui le premier a fait usage de l'orthoforme dans la méthode qui nous occupe.

L'orthforme est un nouvel anesthésique soluble dans l'alcool, soluble donc dans la solution hydro-alcoolique d'acide arsénieux quel qu'en soit le titre arsenical.

Dans une observation très intéressante, Ginestous raconte comme il fut amené à associer l'orthoforme à la solution d'acide arsénieux.

Une malade entra en février dans le service de M. le Professeur Badal pour un épithélioma de la face. On commença sur elle le traitement de Cerny. Le premier badigeonnage fut fait le 19, pendant une heure la douleur persista assez vive.

Le 20, deuxième badigeonnage douleur plus vive que la veille et d'une durée de trois quarts d'heure environ. Les 3 jours qui suivirent (21, 22 et 23) la malade éprouva encore de très vives souffrances après l'application arsenicale. Le 24 la douleur fut si intense que la malade eut une syncope, et déclara qu'elle

renonçait au traitement commencé si on ne trouvait pas un moyen de supprimer cette souffrance intolérable. On associa alors l'orthoforme à l'arsenic dans la solution, dont on modifia ainsi la formule initiale.

| | |
|---|---|
| Orthoforme................ | 1 gramme |
| Acide arsenieux ............ | 0 gr. 10 |
| Alcool ..................... | aâ 7 gr. 50 |
| Eau ....................... | |

Grâce à cette nouvelle solution on peut continuer le traitement. Le 26, la malade accusa une douleur moins vive qu'avec la solution première ; il en fut de même le 27. Le 28 on augmenta la dose d'acide arsénieux.

| | |
|---|---|
| Orthoforme.............. | aâ 1 gramme |
| Acide arsénieux .......... | |
| Alcool.................... | aâ 40 grammes |
| Eau ...................... | |

Pas de douleur après le badigeonnage le premier mars.

Les 4 jours qui suivirent le taux arsenical fut encore augmenté.

| | |
|---|---|
| Orthoforme................ | 0 gr. 60 |
| Acide arsénieux............ | 0 gr. 30 |
| Alcool...................... | aâ 10 gr. |
| Eau........................ | |

la douleur continua d'être insignifiante.

Le 15 mars l'escharre s'étant détachée, et un badigeonnage ayant été fait sur la plaie, la malade se plaignit d'une douleur qui fut immédiatement calmée par une lotion de l'ulcère avec :

Orthoforme................ 0 gr. 05
Glycérine.................. 4 gr.

Le 30 mars l'ulcération avait considérablement diminuée, du tissu de cicatrice se formait sur les bords, quand la malade quitta la clinique pour ne plus revenir.

Dans cette observation la douleur a donc été rendue tolérable par l'association d'orthoforme à la solution arsenicale, et une fois par son application supplémentaire à la suite d'une imprégnation.

Nous avons suivi l'exemple de Ginestous, et la formule modifiée, il nous a semblé que les malades traités souffraient moins. On ne peut pas dire que la douleur soit complètement supprimée, elle est en tous cas sensiblement atténuée.



## Inconvénients de la méthode

---

La méthode n'est pas sans présenter quelques inconvénients.

*Douleur.* — Le plus gros reproche qu'on lui ait fait à ce point de vue c'est d'être douloureuse. Disons tout de suite qu'elle ne l'est pas toujours, ou au moins que souvent les douleurs sont très supportables.

Le malade souffre d'abord au moment de l'application du caustique, mais cette douleur est généralement atténuée par l'évaporation qui suit de près le badigeonnage. Toutefois pendant les quelques heures qui suivent, les sensations éprouvées au niveau de la partie malade sont très variables suivant les sujets et pour le même sujet suivant les jours.

Dans nombre de cas nous voyons les patients se plaindre à peine. M. Hermet (communication à la Société de Dermatologie, mars 1898), nous dit que son malade, grand amateur de chasse, pouvait se livrer à son plaisir favori tous les deux jours. Le commandant en retraite dont Brault a lu l'observation à la même Société (juin 1898), n'a jamais cessé de vaquer à ses occupations. Un malade traité par M. Gaston (obs. de la Soc. dermat., janvier 1899), n'accusait après le ba-

digeonnage « qu'une cuisson très tolérable et qui durait peu. » Plusieurs de nos malades nous ont dit n'éprouver qu'une sensation de chaleur. C'est aussi ce qu'a observé Cerny qui dans son article de 1899 écrit : « Il importe d'ailleurs de faire remarquer qu'aucun de nos malades n'a interrompu ou abandonné le traitement à cause des douleurs ».

Cerny est peut-être trop optimiste. Il est des cas où les douleurs sont réellement vives. Hallopeau a vu des malades renoncer au traitement à cause des douleurs qu'il provoquait. La malade de Ginestous, dont l'observation est résumée au chapitre précédent, n'eut-elle pas de vives douleurs plusieurs jours de suite après l'imprégnation arsenicale, douleurs qui semblaient être chaque fois plus fortes que la veille, et qui à la fin devinrent si intenses qu'elles amenèrent une syncope ?

Dans l'auto-observation du Dr C... (Société de dermatologie juin 98) le caractère des douleurs est particulièrement indiqué. Nous y voyons que pour un même sujet les douleurs peuvent être moyennes, vives ou violentes ; que les douleurs violentes ont une durée relativement courte 20 à 25 minutes ; tandis que les douleurs moyennes et vives durent 3 à 6 heures. Il est vrai que le Dr C... conclut plutôt dans un sens favorable à la méthode, quand il dit : « En résumé, traitement assurément douloureux, mais qu'un homme tant soit peu courageux peut facilement supporter. »

Les malades dans la majorité des cas souffrent

donc. Aussi a-t-on essayé de leur procurer du soulagement. Quand la douleur a été par trop aiguë on a recours à une piqûre de morphine ; dans des cas analogues on pourrait encore administrer une hypnotique, le chloral par exemple.

La cocaïne a été employée localement. Mais ceux qui s'en sont servis n'ont pas remarqué qu'elle eut été d'un grand secours. Cet anesthésique en effet n'agit que trop peu de temps, or les douleurs qui résultent de l'action de l'arsenic durent plusieurs heures. L'orthoforme nous semble avoir plus d'efficacité, mais bien des expérimentateurs déclarent n'avoir pas observé qu'il rendit la méthode de Cerny-Trunecek moins douloureuse. Une observation plus longue tranchera peut-être la question en sa faveur.

*Œdème périphérique.* — Presque toujours on observe de la rougeur au pourtour de l'ulcération badigeonnée, mais elle ne constitue pas à proprement parler un inconvénient de la méthode. Il n'y a que lorsqu'elle atteint de grandes proportions, qu'elle pourra être considérée comme un accident dont on devra éviter le retour.

Par l'application arsenicale, on provoque inévitablement une réaction inflammatoire, on pourrait même dire qu'on la recherche puisque c'est par un processus d'inflammation qu'on obtient l'élimination du néoplasme. Cependant il peut arriver qu'elle dépasse par son intensité celle qu'on a l'habitude de voir. Il y a peut-être là une question de susceptibilité particulière, mais cela tient plutôt à une structure histo-

logique spéciale de la néoplasie, nous voulons dire à une grande richesse en vaisseaux et en leucocytes. Du reste un autre facteur joue également un rôle, c'est le taux élevé de l'acide arsénieux en solution.

Quand elle est peu accusée cette inflammation périphérique consiste en une rougeur diffuse ; à un degré plus élevé il y a en outre du gonflement. En tout cas lorsque l'inflammation est vive elle effraie le malade, et bien que le médecin la sache inoffensive ou la suppose même salutaire, il se voit obligé pour ne pas trop l'exagérer, de suspendre le traitement. M. Ducastel, qui traitait le malade de M. Hermet avant son voyage à Prague, avait renoncé à la méthode à cause de cet œdème périphérique. Le Dr C... (Société de dermatologie, juin 98) présenta le même accident, mais n'en continua pas moins le traitement. Le 6 mai 1898, on fit un premier badigeonnage, quelques heures après une zône inflammatoire peu étendue entourait l'ulcération. Le 7, l'inflammation périphérique avait presque disparu, nouveau badigeonnage, l'inflammation périphérique qui en résulta fut plus marquée que la veille. Nous avons vu pour notre part deux malades actuellement en traitement qui au début présentèrent au pourtour de leur ulcération une rougeur de teinte érysipelateuse avec œdème suffisante pour faire cesser tout badigeonnage pendant 3 ou 4 jours.

On ne devra cependant pas trop redouter cette poussée inflammatoire, car elle peut exercer une influence heureuse. M. Hermet nous citait le cas d'un malade par lui traité qui ne guérissait que lente-

ment, et dont la cicatrisation de l'ulcère fut activée à la suite de deux érysipèles survenus à trois semaines d'intervalle.

L'œdème constitué, il faut de toute nécessité attendre quelques jours avant de reprendre les applications. On applique quelques cataplasmes émollients, on fait matin et soir une pulvérisation à l'eau de guimauve, et l'orage se calme.

*Coryza*. — Cette complication n'a été observée qu'une seule fois. Le Dr C... nous dit qu'après son premier badigeonnage, il eut un coryza abondant en même temps qu'il éprouva une cuisson dans la narine du côté correspondant à l'ulcération badigeonnée. Le second badigeonnage pratiqué le lendemain ne fit qu'exagérer les choses. Faisons remarquer que la lésion était constituée par deux ulcérations siégeant l'une à la partie inférieure du dos du nez, l'autre dans le sillon naso-jugal, c'est-à-dire bien près de l'orifice des narines.

*Conjonctivite*. — Un accident à rapprocher du coryza, c'est la conjonctivite que nous signalent MM. Gastou et Haury dans leur communication de novembre 1898 à la Société de dermatologie.

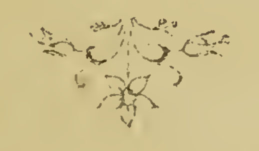
Le malade présenté était porteur de deux ulcérations : l'une à la racine du nez, l'autre au voisinage de l'angle interne de l'œil gauche. Trois jours de suite on badigeonna avec une solution au 150e ; les 2 jours suivants avec une solution au 100e ; puis 2 jours encore avec une solution au 50e. Il survint alors une conjonctivite tellement intense que le malade fut

obligé de cesser tout traitement actif pendant huit jours.

Là encore c'est le siège du mal qui avait causé la complication du traitement. C'est pourquoi, au chapitre de la technique opératoire, nous disions d'agir avec prudence sur les épithéliomes voisins de l'œil.

Reprochera-t-on à la méthode de ne pas agir sur l'adénopathie, de ne pas empêcher la cachexie cancéreuse, de ne pas mettre à l'abri des récidives ? Mais quel est le traitement médical à qui on ne puisse faire le même reproche.

Certains auteurs disent le caustique de Cerny et Trunecek, appliqué selon leurs préceptes ne détruit pas tous les cancroïdes. D'accord, mais ne peut-on pas déterminer d'avance, si un néoplasme sera influencé en bien ou en mal par la méthode, et dans ce cas ne peut-on pas commencer le traitement que s'il doit réussir ? C'est ce qu'une biopsie préalable permet de faire.



## Indications

En présence de ce qu'on appelle un cancroïde, on hésite bien souvent pour décider quel traitement on va lui faire subir, et cette hésitation loin d'être blâmable est prudente, car, d'une façon générale, on ne doit jamais de parti-pris appliquer telle ou telle médication à tous les cas d'une même maladie.

Dans l'espèce, tel médecin a toujours recours à l'exérèse, tel autre n'admet que les moyens médicaux et même parmi les topiques en emploie un à l'exclusion de tous les autres. Une telle pratique est irrationnelle et dangereuse.

Le traitement chirurgical a sesindications, le traitement médical a les siennes et la méthode de Cerny pour être une excellente méthode n'en doit pas moins être réservée à un certain nombre de cas seulement. Elle n'exclue même pas les autres médications topiques qui comptent comme elle leurs succès. Toutefois si après discussion on a opté pour le traitement médical, on pourra préférer la solution arsenicale de Cerny aux autres caustiques, quitte à tenter l'effet de ceux-ci si on n'obtient pas de résultat. Mais disons tout de suite qu'on ne devra pas trop s'attarder à ces

essais thérapeutiques et qu'il vaudra mieux recourir de bonne heure à l'exérèse si plusieurs agents destructeurs échouent.

Quelles sont donc les raisons qui peuvent décider le praticien en faveur du traitement médical ? Jusqu'à présent on n'a donné que des indications tirées de la clinique, les unes sont basées sur l'examen général du malade les autres sont fournies par les caractères extérieurs de la tumeur, son siège et son évolution. Ce sont là évidemment des considérations de premier ordre, mais il semble qu'on puisse avantageusement les seconder d'un examen histologique.

En ce qui concerne le malade, sa répugnance à toute opération sanglante. son refus absolu impose la méthode des applications locales. D'autres fois c'est le médecin lui-même qui redoute une opération : le patient est âgé et une intervention chirurgicale peut altérer la santé du vieillard, ou bien il s'agit d'un atheromateux, d'un alcoolique dont la vitalité des tissus est fortement compromise, ou bien encore c'est un cardiaque qu'on ne saurait opérer sans anesthésie à cause de l'étendue de ses lésions et la mort subite est à craindre. Dans tous ces cas la méthode de Cerny-Trunecek est indiquée, surtout si des cautérisations avec d'autres agents que l'acide arsénieux ont été tentées antérieurement sans succès.

L'examen de la tumeur doit toujours être fait attentivement, car souvent il permettra presque d'affirmer que la lésion est justiciable de la méthode destructive par les topiques. L'ulcère siège-t-il sur le

nez, sur les paupières, au voisinage d'une commissure palpétrale on reconnaîtra que l'exérèse entraînera un grand délabrement, et que l'autoplastie sera difficile. On inclinera pour le traitement médical. Il en sera de même si les tumeurs épithéliales sont petites mais nombreuses et disséminées.

Mais c'est surtout l'apparence de bénignité de la lésion qui indiquera de tenter la mortification du néoplasme. De bons signes en faveur du peu de gravité de la tumeur sont : son évolution lente, son peu d'étendue, sa tendance destructive peu marquée, l'absence d'adénopathie ganglionnaire, la conservation d'un bon état général. D'autres symptômes ont peut-être moins de valeur, mais doivent être pris en considération. L'ulcération d'une néoplasie grave secrète généralement d'une façon abondante et le liquide qui s'écoule est plus ou moins fétide; dans les formes bénignes la surface ulcérée est à peu près sèche.

La perte de substance met ordinairement à découvert toute la lésion quand elle est bénigne, dans le cas contraire elle n'occupe qu'une partie de la tumeur. Des bourgeons exubérants entourés par des bords durs et renversés en dehors sont d'un mauvais pronostic, il est préférable d'avoir affaire à une ulcération légèrement excavée quoique peu profonde et dont les bords sont souples.

Enfin ce qu'on devra aimer à constater ce sera la présence de petites tumeurs disséminées sur d'au-

tres points, car les tumeurs malignes sont généralement solitaires.

Telles sont les indications que fournit la clinique, voyons maintenant comment un examen biopsique peut faire préjuger du succès des agents destructeurs.

Dans tout néoplasme cutané il existe deux sortes de tissus :

*A*. — Un tissu épithélial néoplasique;

*B*. — Un tissu d'infiltration cellulaire non néoplasique.

Le tissu épithélial est formé soit de cellules ayant les plus grandes analogies avec les cellules épithéliales adultes, et étant comme elles cylindriques, cubiques ou aplaties soit de cellules épithéliales embryonnaires, c'est-à-dire ayant des contours irréguliers.

Il est répandu dans la tumeur suivant une distribution variable ; ou bien les cellules épithéliales sont groupées en amas, ou bien elles forment des cordons, des traînées irrégulières, ou bien encore elles sont comme égrenées.

Quant au tissu d'infiltration il est composé de cellules qui ont un aspect tout spécial, elles ne répondent pas au type habituel des lymphocytes, des leucocytes ou des cellules conjonctives. Ce sont des cellules dont le protoplasme se colore mal et dont le noyau est tellement divisé qu'il donne l'apparence d'une sorte d'émiettement.

En ce qui regarde la distribution de ce tissu dans la coupe, on le voit séparer les uns des autres

les amas ou les cordons de cellules néoplasiques.

Eh bien la bénignité ou la malignité d'un cancroïde tient à l'importance de telle ou telle formation cellulaire, en même temps qu'au caractère des cellules néoplasiques.

Si le tissu d'infiltration l'emporte sur l'autre par son abondance, surtout s'il sépare les autres éléments en très petits groupes, qu'il les émiette en quelque sorte, le traitement a toute chance de réussir.

Au cas contraire, c'est-à-dire si le tissu épithélial est en quantité telle qu'il laisse à peine de place à l'infiltration cellulaire, les applications d'acide arsénieux, comme toute autre application du reste, resteront presqu'à coup sûr sans résultat.

Dans le cas d'un examen favorable, plus la néoplasie épithéliale sera riche en éléments d'infiltration plus le bourgeonnement sera rapide, plus tôt arrivera la cicatrisation.

Mais il y a lieu aussi de tenir compte de la forme des cellules néoplasiques, surtout au point de vue de la récidive. Celles-ci ont-elles les caractères du tissu épithélial adulte, la guérison, dûe à la prédominance des cellules lymphatiques leurs antagonistes, sera plus durable que si elles revêtent les formes des cellules embryonnaires. Dans ce dernier cas la guérison sera possible si le tissu d'infiltration l'emporte sur l'autre, mais la récidive sera presque fatale.

## Résultats

Nous avons pu réunir 37 observations d'épithélioma cutanés traités par la méthode de Cerny-Trunecek, nous y joindrons quelques mots sur 8 malades qui ont été soignés de la même manière dans le service de clinique de l'hôpital Saint-Louis ; soit en tout 45 cas.

Nous en ferons deux groupes comprenant : le premier, les observations favorables, le second, les observations défavorables.

Les cas où le traitement a réussi sont au nombre de 34 ; il a échoué 11 fois, soit une proportion de 3 succès contre 1 insuccès ; mais cette proportion n'est peut-être pas très exacte, car nous avons rangé dans le 1er groupe des faits relatifs à des malades que leurs médecins considéraient comme améliorés au moment où les malades ont cessé de recevoir leurs soins.

De plus, quelques cas sont tellement récents qu'on peut se demander si la guérison va se maintenir.

## OBSERVATIONS FAVORABLES

### Observation 1. — Cerny et Trunecek. Semaine médicale, 5 mai 1897

Ce cas concerne une femme âgée de 84 ans, née à Jistebnice, en Bohême. Elle n'a jamais été malade et on ne relève aucune particularité dans ses antécédents héréditaires. Elle a vu se développer il y a 7 ans dans le sillon naso-labial gauche une pustule suivie plus tard d'une petite croûte qui ne pouvait guérir et ne faisait que s'accroître au point que la patiente dut se faire admettre à la clinique chirurgicale de M. Gussenbauer, alors professeur à Prague. On porta le diagnostic de cancer épithélial, mais la malade ne voulant pas se laisser opérer, on la congédia. Son ulcération augmenta, elle retourna voir le chirurgien qui alors refusa d'intervenir à cause du grand âge de la malade. Elle vint nous consulter. Notre traitement fut institué en avril 1895, et au bout de trois mois, la femme était complètement guérie, ne présentant plus qu'une perte de substance irréparable, le cancer n'ayant commencé à être traité qu'à une période déjà avancée de son développement.

La malade mourut 6 mois plus tard d'une pneumonie, la lésion n'avait pas récidivé.

### Observation 2. — (Cerny et Trunecek, même article)

Il s'agit ici d'un ouvrier âgé de 73 ans, né à Jikev en Bohême. Aucune maladie antérieure, aucun antécédent héréditaire à noter. En 1893, cet homme remarqua qu'il lui était survenu à environ un centimètre au-dessus de la pointe du nez une petite pustule dont le développement progressif

finit par l'inquiéter. Il entre à l'hôpital de Nymbrak, on diagnostique un cancer, on pratique l'exérèse, mais au bout de peu de temps le mal reparaît. On veut l'opérer à nouveau, le malade s'y refuse, on tente l'application de pâtes qui ne donnent aucun résultat.

Il se confie à nous, et nous commençons notre traitement aussitôt (novembre 1895). Deux mois amènent la guérison de l'ulcération qui avait au début trois centimètres de diamètre. Il ne reste au-dessous de la cicatrice cutanée qu'une petite dépression osseuse.

Un an après le malade revu ne présente pas de récidive.

**Observation 3.** — (Cerny et Trunecek, même article)

Femme de 64 ans, née comme les deux autres en Bohême, veuve d'un mari mort de cancer ou de tuberculose. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ni personnels. Il y a 3 ans une pustule se développe sur le nez, suivie de la formation d'une croûte dont les dimensions allèrent en augmentant malgré la variété des traitements mis en usage. Elle entre à l'hôpital général de Prague, mais s'y refuse à toute opération. Sortie elle essaie encore de nombreux traitements et finalement elle se confie à nos soins. Sur le nez on remarque une ulcération de forme ovalaire, à bords indurés recouverte par places de petites croûtes. Notre traitement est institué en mai 1896. Deux mois après les éléments cancéreux étaient complètement détruits, et un mois plus tard la surface bourgeonnante qui subsistait à leur place était recouverte de peau saine. Il ne restait qu'une légère dépression au niveau du point où avait siégé la néoplasie.

Aucune récidive ne s'est reproduite après 3 ans.

**Observation 4.** — Communication de Borde à la

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (Juillet 1897).

Epithélioma de la face du volume d'une cerise. Enlevée aux ciseaux, elle se reproduisit rapidement. On l'enleva alors une seconde fois, et après ablation on fit une application de la solution arsenicale de Cerny et Trunecek. Le lendemain la surface était recouverte d'une croûte jaunâtre avec pus au dessous ; elle est enlevée et une nouvelle application est faite. Cette manœuvre est renouvelée tous les deux jours, et l'on assiste à la diminution progressive de la plaie et à la guérison complète.

**Observation 5.** — Communication du Docteur Davezac à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (Octobre 1897).

La malade que je présente est une pensionnaire de Pellegrin, âgée de 83 ans, qui portait depuis environ un an sur l'aile gauche du nez une ulcération épithéliomateuse de 8 mm. à peu près. Comme elle répugnait à toute opération je dus me contenter d'appliquer des topiques externes et bientôt après d'essayer de détruire au thermo-cautère la partie saillante de l'ulcération ; mais l'eschare détachée la plaie bourgeonnait à nouveau et s'étendait même davantage. Mon collègue le Docteur Chavanne enleva au thermo-cautère toute l'ulcération mais en creusant plus profondément que je l'avais fait. Cette intervention n'eut pas plus de succès. J'appliquai alors le traitement de Cerny-Trunecek ; les applications ont été faites régulièrement tous les jours puis tous les deux jours ; la tumeur s'est d'abord aplatie, les bords ont pris l'aspect d'une rosace qui semblait se froncer à mesure que la guérison avançait.

J'ai pu arriver à la disparition complète de la lésion.

**Observation 6.** — Communication du Docteur Hermet. Société de Dermatologie et syphiligraphie (Mars 1898).

Le malade présenté était atteint d'un épithélioma de la face traité sans succès par le chlorate de potasse. Agé de 70 ans, il est très vigoureux sans antécédents méritant d'être signalés. Vers l'âge de 35 ans, il s'aperçut qu'il avait au niveau de l'os malaire un petit bouton d'une forme et d'une consistance banales qui resta 30 ans sans subir de modifications. C'est alors que sous l'influence de grattage de médication bizarre ce *noli me tangere* s'ulcéra.

De petit diamètre d'abord, progressant lentement, avec des alternatives de cicatrisations spontanées, l'ulcération au mois de février 1897 commença à prendre des proportions inquiétantes, et sur les conseils de M. le Docteur Hutinel, le malade alla consulter M. le Docteur Brocq qui pratiqua des cautérisations au chlorate de potasse. Les résultats ne furent pas satisfaisants et M. Brocq conseilla une intervention. Le malade s'y refusa catégoriquement. C'est alors qu'on tenta le traitement par la méthode de Cerny-Trunecek. Il ne réussit pas faute de n'avoir pas été dirigé exactement comme il convenait. A Prague le traitement fut réinstitué sur le malade et donna les meilleurs résultats. Le premier badigeonnage fut fait le 31 octobre 1897. Quelques bourgeons charnus parurent le 31 décembre, un badigeonnage trop copieux les détruisit, mais ils firent leur réapparition le 1er janvier 1898. Il avait été fait environ 40 badigeonnages. A partir du 2 janvier la plaie est pansée avec de la poudre d'iodoforme et de la gaze iodoformée. Un mois plus tard 2 février la cicatrisation était complète.

**Observation 7.** — Monseret. Montpellier médical, avril 1898.

Adèle G..., 73 ans, de santé robuste sans tare organique, ni antécédents héréditaires.

Entré à l'hôpital dans le service de Brousse pour un cancroïde siégeant à la partie postérieure et latérale gauche du nez au voisinage de l'angle interne de l'œil. La lésion qui a débuté par une petite tache brune a mis 8 ans à évoluer. On a essayé sur elle il y un an, le traitement par le bleu de méthylène, le mal a semblé empiré sous cette influence. Le chlorate de potasse réussit mieux, mais la malade abandonna le traitement. Le 25 juin elle entre à l'hôpital La lésion est constituée par un croûte épaisse de plusieurs millimètres, stratifiée, noirâtre et ovalaire avec un prolongement vers l'angle interne de l'œil. Pas d'adénopathie. On fait tomber la croûte à l'aide de cataplasmes ; après toilette antiseptique on fait un premier badigeonnage avec la solution à 1 pour 150, et on laisse la plaie à découvert. Une croûte se forme brune et épaisse.

Le 8 juillet, on applique une solution à 1 pour 60.

Le 23 juillet, on arrache la croûte sans difficulté. La plaie qui en résulte est bourgeonnante, rouge vif.

On recommence le travail ; l'esclare se forme moins épaisse ; après sa chûte, 20 août, il reste une plaie de bon aspect.

On reprend les applications néanmoins à cause de quelques points douteux. Le 16 septembre, la croûte se détache aisément. La cicatrisation s'opère et la malade sort au bout de quelques jours complètement guérie.

Après 6 mois, la guérison s'était maintenue.

**Observation 8.** — Communication de Voron et Jaboulay à la Société des sciences médicales de Lyon (98).

Le malade était porteur d'un épithelioma de la face, à marche lente et relativement bénin, situé à la région temporale et à la partie la plus inférieure du front. La dimension était un peu supérieure à celle d'une pièce de 5 francs. Le fond en était violacé laissant écouler un liquide sanieux, les bords irréguliers laissaient voir un liseré d'envahisse-

ment très net. De plus près de l'angle interne de l'œil droit, il existe une petite ulcération de la dimension d'une tête d'épingle Pas d'adénopathie.

Les badigeonnages d'acide arsénieux en solution furent faits quotidiennement du 12 mars au 6 avril. Chaque fois, la plaie était laissée sans pansement. Les douleurs étaient assez vives.

Une eschare se forma et à sa chûte on constata un commencement de cicatrisation sur les bords de la plaie.

Le 6 avril, le malade quitta l'hôpital, pour continuer le traitement chez lui ; l'ulcération n'avait plus à ce moment que les dimensions d'une pièce de 2 francs. Quelque temps après, le malade se représentait complètement guéri.

En somme le résultat du traitement a été aussi satisfaisant que possible. La durée du traitement a été de un mois et demi.

**Observation 9.** — Epithelioma superficiel nummulaire de la région temporale. — Traitement par la solution arsénicale à 5 p. 100. (Th. Pascal, Montpellier, 98).

Jeanne X..., âgée de 57 ans, présente sur divers points de la face, des plaques de crasse sénile. Sous quelques-unes faciles à décoller on trouve une petite surface grenue. — A la région temporale gauche existe une ulcération, par points lisse, ailleurs grenue avec quelques petites fissures. Cette ulcération a les dimensions d'une pièce de 1 fr. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 10 avril 1897, application d'un petit tampon de coton hydrophile imbibé de la solution de Cerny-Trunecek au 100$^{me}$; l'application dure dix minutes.

3 jours après application semblable, qui est renouvelée deux fois encore tous les 3 jours. Dans l'intervalle des applications poudre de talc.

3 semaines après la dernière application, c'est-à-dire vers

le 15 mai, l'eschare épaisse de 3 millimètres se détachait et au-dessous une cicatrice rose se formait.

En avril 1898, la guérison persistait.

**Observation 10.** — Auto-observation du docteur C..., lue par Hermet à la Société de dermatologie et de syphiligraphie (juin 1898).

L'épithélioma du sillon naso-jugal débuta en 1891. En 1894, l'ulcération avait la largeur d'une grosse lentille. En septembre de la même année je fus opéré par le docteur A. Darier, l'oculiste qui préconisait le bleu de méthylène comme spécifique du cancroïde : deux cautérisations au thermocautère, plusieurs avec une solution assez concentrée d'acide chromique, application sur la plaie de bleu de méthylène. deux greffes épidermiques amenèrent la cicatrisation en un mois et demi environ. Toutefois une croutelle centrale grosse comme une tête d'épingle restait, elle fut le point de départ d'une récidive 6 mois après.

Fin 1895, j'eus l'occasion de consulter M. le docteur Besnier. Son diagnostic fut épithélioma superficiel à tendance cicatricielle. Comme traitement, abrasion par un chirurgien au thermo-cautère.

L'opération ne fut pas faite.

En 1896, une ulcération apparaît à la partie inférieure du dos du nez. En 1897, une nodosité apparaît à la tempe gauche et s'ulcère bientôt.

Vers le milieu d'avril 1898, à la suite d'un violent accès d'influenza, les deux ulcérations s'enflammèrent et prirent en 24 heures une grande extension.

M. le Professeur Fournier m'adressa au Docteur Hermet pour que le traitement de Cerny-Trunecek me fut appliqué. M. Gastou par une biopsie confirma le diagnostic épithélioma.

Traitement. — Le 6 mai 1898, au moyen de tampons imbibés d'eau boriquée et maintenus sur les ulcérations, on fait tomber les croûtes.

On badigeonne *larga manu* et par 3 fois avec une solu-

tion au 150$^{me}$. Il en résulte de la chaleur et une cuisson peu douloureuse calmée d'aileurs par l'évaporation au soufflet de Richardson. La douleur diminue graduellement dans les heures qui suivent.

Une zone inflammatoire peu étendue entoure l'ulcération, coryza abondant et cuisson de la narine.

Le 7 mai, l'inflammation périphérique a presque disparu. Nouveau badigeonnage avec la solution au 150$^{me}$ Réapparition de l'œdème de voisinage, plus marqué que la veille.

Les cautérisations suivantes sont faites avec des solutions de plus en plus concentrées.

L'ulcération du sillon a été cautérisée 14 fois ; celle du dos du nez 12 fois.

A partir du 20 mai, les plaies sont traitées par la poudre d'iodol et la cicatrisation a lieu pour la plaie du sillon en 14 jours et pour celle du dos du nez en 8 jours.

**Observation 11.** — Recueillie dans le service de M. le professeur Estor, de Montpellier, par M. Jeanbrau, interne (Thèse Pascal).

M. J..., 79 ans. Aucune maladie antérieure. Mais le malade est un alcoolique, qui a toujours fumé une pipe à court tuyau.

Il y a six mois une petite tumeur paraît à la commissure labiale gauche. Il vient consulter le 3 juillet 1897.

La tumeur est grosse comme une noisette, bourgeonnante, recouverte de croûtes facilement décollables. La base de cette tumeur est indurée. Pas d'adénopathie.

On fait des badigeonnages avec la solution hydro-alcoolique au 150 ème., au bout de quinze jours on passe à une solution à 1 pour 100, puis quinze jours plus tard à une solution à 1 pour 80.

L'eschare tombée, on scarifie vigoureusement la surface bourgeonnante laissée par sa chûte; et on continue d'appliquer les solutions fortes.

Dans les premiers jours d'août, la tumeur est réduite

au tiers de son volume primitif. Les bords se sont affaissés.

En septembre la tumeur a entièrement disparu.

Le 1er juillet 1898, c'est-à dire plus de 10 mois après, la guérison s'est maintenue.

**Observation 12.** — Communiquée par M. Brault à la Société de dermatologie et de syphiligraphie (juin 1898).

Il s'agit d'un commandant en retraite atteint de cancroïde de l'aile gauche du nez. Tous les traitements essayés sur lui ont échoué. On le soumet à la méthode de Cerny-Trunecek. Il procède *lui-même* aux applications arsenicales et se présente une fois la semaine à l'hôpital du Dey.

La cicatrisation est obtenue en dix semaines. Un an après la cicatrisation est restée intacte.

**Observation 13.** — Prise dans le service du Dr Brousse (Th. Pascal).

Mme Ch. de F..., 58 ans, consulte le 5 février 1896, pour un épithelioma verruqueux du nez, développé depuis un an sur une verruc plate seborrhéique. La malade porte du reste quelques verrues semblables sur le visage.

La tumeur siège sur la face latérale droite du nez, à un centimètre au-dessous et en dedans de l'angle interne de l'œil ; elle a les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Elle est recouverte d'une croûte brunâtre, sèche, saillante, en forme de corne.

On a essayé sur elle deux traitements : 1° traitement interne à l'arsenic, traitement local au chlorate de potasse ; 2° cautérisations à l'acide chromique au 10e.

Sous l'influence de ces deux traitements successifs, on a observé une amélioration, mais pas de guérison complète.

Application de la méthode de Cerny.

28 novembre. — Premier badigeonnage, on en fait un tous les jours, d'abord avec une solution à 1 pour 150, puis

avec des solutions plus fortes. Au bout d'un mois pas de changement. On provoque la chûte de l'épiderme qui recouvre la tumeur par le chlorate de potasse et l'acide chromique, ce qui demande quinze jours.

On reprend alors les applications arsenicales, qu'on répète tous les deux jours, puis qu'on ne fait plus que deux fois la semaine.

L'ulcération se déterge, bourgeonne, les bords végétants sont détruits, la cicatrisation s'opère normalement et, au commencement de mai, la malade peut être considérée comme définitivement guérie.

Dans cette observation, le résultat final a été favorable, mais n'a été obtenu qu'après un temps assez long (5 mois). Cela a tenu ici à deux causes : 1° à ce que la tumeur épithéliomateuse n'était ulcérée que sur une étendue restreinte ; et 2° à ce qu'elle avait envahi la peau dans sa profondeur.

**Observation 14.** — Gastou et Haury (communiqué à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, novembre 1898).

M. Th..., âgé de 54 ans, présente depuis six mois une lésion ulcéreuse de la racine du nez ; pour laquelle il vient consulter à l'hôpital Saint-Louis.

Cette ulcération est constituée par deux parties circulaires unies entre elles par une bande longitudinale.

Un des cercles occupe la racine du nez dont il déborde la face antérieure, l'autre cercle est immédiatement en rapport avec l'angle interne de l'œil gauche. Chacun d'eux est le résultat d'une ulcération nettement circonscrite, à bords à pic formant bourrelet, le fond est formé d'un tissu bourgeonnant et couvert de pus étalé en nappe. L'affection n'est pas douloureuse. En présence de l'extension continue, le malade, qui n'a pas consenti à l'ablation, accepte les applications d'acide arsénieux, suivant la méthode de Cerny-Trunecek.

Ces applications ont été au nombre de sept et pratiquées ainsi :

Trois jours de suite, badigeonnage avec solution d'acide arsénieux au 150me.

Les deux jours suivants, avec une solution au 100me.

Puis deux jours, avec une solution au 50me.

Il survint alors une conjonctivite tellement intense, que le malade fut obligé de cesser tout traitement actif pendant 8 jours.

Une croûte s'était formée pendand ce laps de temps. Après qu'elle eut été enlevée, des pansements à l'iodoforme et des pulvérisations journalières amenèrent rapidement le bourgeónnement des plaies et aujourd'hui, quoique les badigeonnages aient été peu fréquents, le malade ne présente qu'une petite ulcération à peine visible, vers la racine du nez.

**Observation 15.** — (Observation prise par M. Bassal, interne de M. Dupau à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (Th. de Boué).

Epithélioma de la face chez la femme X..., âgée de 69 ans. Entrée le 28 juin, sortie le 2 août 1898.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. Pas de maladies antérieures.

Il y a deux ans, la malade se brûle à l'angle du maxillaire inférieur gauche avec de la graisse bouillante. La malade garde des traces violacées pendant un an. Elle met alors des cataplasmes qui amènent la formation d'une croûte que la malade veut enlever.

Depuis la tumeur a augmenté petit à petit. La malade y met de la pommade pour les cheveux. Voyant que la tumeur ne disparaît pas, elle consulte un médecin qui ordonne une pommade qui n'eut d'autre résultat que celui de calmer les douleurs.

Etat actuel. — Au niveau de l'angle du maxillaire gauche, on voit un gros champignon étalé, fongueux, purulent de huit centimètres de hauteur sur onze de largeur, enva-

hissant le coin de la joue et un peu le lobe de l'oreille. En bas il dépasse de deux centimètres l'angle de la mâchoire inférieure.

Le 2 juillet. — Opération. Enlèvement du champignon à la curette tranchante, la surface d'implantation apparaît alors de six centimètres de hauteur sur quatre de largeur.

Le lobule est un peu pris à son point d'insertion, le reste de l'oreille est indemne.

Pansement à l'acide arsénieux et collodion.

Le 6, changement de pansement. La plaie est lisse, rosée et saigne en deux ou trois points à peine.

Le 11, le pansement est renouvelé, quelques bourgeons apparaissent ; ailleurs l'épiderme tend à se reformer ; poudre de camphre.

Le 13 application d'acide arsénieux.

Le 18, les 23, 25, 27, 29, 31, 1er et 2 août, on continue le traitement, la cicatrisation se fait petit à petit. On voit l'épiderme se former.

La malade ne veut plus rester. Elle part avec deux ou trois petits points non guéris, mais tout le reste de la plaie est très bien cicatrisée.

**Observation 16.** — Service du Dr Baylac. Toulouse (Th. Boué).

Bernardine D .., 72 ans, chiffonnière.

Rien d'important à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

A eu cinq enfants bien constitués.

Bonne santé habituelle malgré des excès alcooliques. A l'âge de 18 ans, à la suite d'un traumatisme, cécité complète de l'œil gauche et atrophie du globe oculaire consécutive.

Vers l'âge de 67 ans, apparition d'une tumeur épithéliomateuse au niveau de l'apophyse malaire gauche qui s'est accrue et a gagné le bord libre de la paupière vers l'angle interne de l'œil en déterminant un ectropion très accusé.

En 1887 cette tumeur avait un aspect végétant et ulcéreux, elle formait une saillie au-dessus des téguments

voisins ; elle avait les dimensions d'une pièce de 5 francs environ. Vers l'angle inférieur de la mâchoire adénopathie légère.

Pendant 3 mois on a fait des applications quotidiennes de la solution à 1 p. 150. Sous l'influence de ce badigeonnage, la tumeur a diminué d'étendue et de hauteur, les bourgeons se sont affaissés ; les parties voisines ont repris un aspect à peu près normal, l'ectropion a considérablement diminué.

Le mauvais caractère de la malade, son manque de docilité ont empêché de continuer le traitement. L'amélioration obtenue a persisté pendant six mois, et l'épithélioma a repris sa marche envahissante. La malade succombe à la suite d'un accident au mois de mars 97.

Comme résultat, grande amélioration et arrêt du développement de la tumeur.

**Observation 17.** — Prise par le Dr Clavelié de Toulouse et communiquée à M. Boué (Th. Boué)

Mme Anna B..., 57 ans.

Epithélioma circulaire de 2 cent. de diamètre environ, dont le début remonte à 3 ans. Il siège sur la partie médiane de la paupière inférieure. Le bord supérieur affleure presque le bord libre de la paupière.

La malade a subi plusieurs grattages et un de nos confrères a même essayé, dit-elle, le bleu de méthylène. Aussi refuse-t-elle de l'essayer à nouveau. Nous décidons alors d'employer la méthode de Cerny-Trunecek.

Emploi des compresses chaudes, nettoyage, application de la solution au 150e.

La première croûte se détache au 9e jour.

Application de la solution au 100e.

La deuxième croûte tombe le 7e jour.

Application d'une troisième solution à 1 pour 50.

La croûte tombe le 6e jour.

Nous avons fait encore quelques applications de cette

même solution jusqu'à la chûte d'une quatrième croûte (6e jour).

Puis des pansements à l'iodoforme et au salol à parties égales. La plaie était parfaitement cicatrisée au bout de 10 jours.

Pas de rétraction cicatricielle sensible.

Revue 2 mois après, le résultat est toujours parfait.

Cette malade a été guérie de son épithélioma en un mois et quelques jours.

**Observation 18.** — Extraite du Giornale italiano delle malattie venere e della pelle

Femme de 60 ans, cardiaque, épithélioma de la joue gauche, ulcération à bords relevés et durs, irrégulièrement taillés à pic, à fond granuleux rouge, un peu surélevée par rapport à la peau saine. On débute par la solution de Cerny-Trunecek à 1 pour 150, puis on passe tout de suite à la solution au 50e ; mais en voyant la lenteur de simples badigeonnages, on les abandonna et on les remplaça par un morceau de coton imprégné de la solution forte et maintenu par un petit bandage. Douleurs vives, mais tolérables, cessant au bout d'une demi-heure.

L'eschare tombée, pansement à l'iodoforme, guérison complète au bout d'un mois.

La malade revient 11 mois plus tard pour y mourir de son insuffisance mitrale : il n'y avait aucune trace de récidive.

**Observation 19.** — Mibelli.

Femme de 76 ans. Elle présente sur le côté gauche du nez une lésion circulaire d'un centimètre de diamètre. Au dessous de la croûte on trouve une érosion superficielle, à bords surélevés et un peu durs : la maladie remonte à plus d'un an.

Traitement par les lavages avec une solution de permanganate de potasse, et par une application d'emplâtre à l'acide salicylique, amélioration mais non guérison. Six

mois plus tard la lésion recommence à s'étendre, et après cinq mois elle est grande comme une pièce de deux centimes, discoïde, surélevée et infiltrée, la croûte recouvre une véritable ulcération à fond sanieux.

Pas d'adénopathie ganglionnaire.

Traitement par la solution arsénicale forte à 1 pour 50, application au moyen d'un tampon recouvert de gutta-percha laminée et fixée par du collodion. L'application est répétée tous les jours jusqu'à la chute de l'eschare qui a lieu le cinquième jour.

Au bout d'un mois, tout était cicatrisé ; cinq mois après pas de récidive.

## **Observation 20.** — Mibelli.

Femme de 54 ans ; sur la joue droite immédiatement au dessous de la paupière inférieure, petite ulcération circulaire grande comme une pièce de deux francs, à bords surélevés très durs. A son centre une grosse croûte noire recouvre une ulcération profonde à bords irréguliers. Pas d'adénopathie.

Pour le traitement, Mibelli utilise la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Acide arsénieux | | 1 gramme |
| Ether | aâ | 25 gr. |
| Alcool | | |

Trois autres applications moins douloureuses. Après cela, l'ulcération apparaît beaucoup plus étendue que la tumeur primitive ; elle est régulièrement circulaire et grande comme un sou, le fond est gris noirâtre, friable. Il se forme une escharc qui s'enlève en bloc. La médication arsénicale est suspendue pendant 4 jours, il ne restait plus qu'un point douteux sur lequel on fit une seule application. La dernière eschare tombe après une semaine. Comme il restait un peu d'induration des bords, on y fit un badigeonnage avec la solution arsenicale. Quarante jours après le début du traitement il ne restait plus qu'une petite érosion comme un centime au milieu d'une cicatrice régulière.

Cette cicatrice présentait à l'angle interne un petit sou-

lèvement sur lequel on fit une application. Un mois plus tard la guérison était complète et deux mois après la cicatrice était apparente.

**Observation 21.** — Service du Professeur Audry (Hôtel-Dieu de Toulouse), thèse Boué.

Jean Bapt..., cultivateur, 70 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels.

La maladie actuelle a débuté en novembre 1896 sur la face postérieure et interne du lobule de l'oreille gauche. Elle a commencé par des croûtes accompagnées de démangeaisons, puis a paru l'ulcération.

A son entrée qui a lieu le 10 mars 1899 (salle Besnier) le malade présente dans la région indiquée, entramant le sillon rétro-auriculaire, une vaste ulcération ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs. Elle est irrégulièrement circulaire, à bords surelevés et déchiquetés, à fond sanieux, les cartilages semblent être indemnes, il n'y a pas d'adénopathie.

L'excision d'un bourgeon des bords fournit un fragment dont l'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma à petites lobules disséminés dans une atmosphère conjonctive abondante et fortement infiltrée.

Du 11 au 24 mars, le malade a subi 11 badigeonnages

La formation et la chûte de l'eschare se sont produites comme d'habitude.

Le 10 avril, le malade demande à partir. A ce moment il n'existait plus traces apparentes de la néoplasie ; mais l'énorme perte de substance résultant de l'action du topique n'était pas encore comblée ; il restait une surface arrondie de très bonne apparence en voie de cicatrisation active. On peut considérer le résultat immédiat comme excellent.

**Observation 22.** — Prise dans le service du Dr Baylac, Toulouse, (th. Boué)

Mme P..., 67 ans, ménagère.

Au niveau de l'apophyse molaire du côté gauche existe une petite tumeur épithéliomateuse, arrondie, du volume d'une noisette.

Sur le cou, deuxième tumeur de même nature plus étendue, limitée en avant par le sterno-cleido-mastoïdien. Sur la tumeur, vaste ulcération ovalaire de 4 centimètres sur 2.

En avril, mai et juin, badigeonnages quotidiens avec la solution au 150e.

Les tumeurs diminuent de volume, et les croûtes qui les recouvrent tombent.

La tumeur de la joue est réduite de moitié, celle du cou a également diminué.

Amélioration sensible, le malade n'a pas été suivi.

**Observation 23.** — Prise dans le service du prof. Badal par M. Ginestous, interne. (Gazette hebd. des Sciences méd. de Bordeaux 98).

Jean A..., cuisinier, 71 ans, se présente à la consultation de M. le prof. Badal en nov. 97.

Son père est mort d'un cancer de la région dorsale. Rien de particulier dans ses antécédents personnels.

Il y a 3 ans, A... a vu se développer sur le nez, au niveau de la commissure interne de l'œil droit, un petit bouton qui fut rapidement guéri par une cautérisation. En sept. 97 la tumeur reparaît, le malade se présente à la consultation.

Au niveau de la commissure interne de l'œil droit, papule de la grosseur d'un pois, légèrement ulcérée au centre, ne gênant nullement les mouvements de la paupière.

Le traitement de Cerny-Trunecek est commencé. Les applications sont faites tous les jours. Douleurs assez vives mais supportables.

Le 12 novembre une croûte jaunâtre s'est formée, elle devient tous les jours plus foncée et le 17 elle tombe.

On reprend les badigeonnages sur l'ulcération. Une nouvelle croûte se forme et se détache le 26 novembre.

A partir du 15 décembre on a à traiter une plaie ordinaire et la cicatrisation est complète à la fin du mois.

**Observation 24.** — Ginestous. Loco-citato.

Jean D..., 63 ans, cultivateur, se présente à la consultation le 17 mars 98. Un frère mort d'un cancer du nez. Dans ses antécédents personnels rien de particulier : pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

En 1893, a eu un petit bouton gros comme un grain de plomb sur la paupière inférieure gauche. On en pratique l'exérèse, tout va bien jusqu'en février 98. A cette époque récidive.

Il existe une petite ulcération s'étendant à la partie médiane du bord palpébral de la paupière inférieure gauche dans une étendue de 1 centim. et demi.

Le traitement est commencé le 22 mars, guérison fin avril.

**Observation 25.** — Ginestous, loco citato.

Pierre J..., 50 ans, cultivateur, se présente à la consultation le 26 janvier 1898.

Un de ses oncles est mort d'un cancer à la lèvre. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

En février 1897, sans cause appréciable, il se développe une petite écaille au-dessous de la paupière inférieure gauche.

Au commencement de 1898, une écaille analogue se produisit sur le nez.

Le 26 janvier 1898, on voit : 1° sur la paupière inférieure gauche une ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes, et 2° sur le nez une ulcération un peu plus petite. Pas d'adénopathie. Bon état général.

Le traitement, par la méthode de Cerny, est commencé le 31 janvier.

Guérison fin février.

**Observation 26.** — Ginestous, loco citato.

Mme X..., ménagère, entre à l'hôpital Saint-André.

Rien dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels.

Il y a 3 ans, en 1895, il se développa, à l'angle interne de l'œil gauche, un petit bouton de la grosseur d'un pois. Cette petite tumeur ne tarda pas à s'ulcérer et à acquérir les proportions qu'elle présente actuellement (10 février).

Examen de la malade : on voit une petite tumeur s'étendant de l'extrémité supérieure du nez à l'angle interne de l'œil gauche. Cette tumeur est rouge, irrégulière, légèrement ulcérée à la partie inférieure. Elle se divise en deux lobes, l'un externe, l'autre interne, séparés par une partie rétrécie. Si l'on cherche à relever la paupière supérieure, cette tumeur semble s'enfoncer du côté du globe oculaire par un prolongement. La malade déclare voir de l'œil gauche ainsi à peu près complètement recouvert par la paupière ; cependant, si on lui demande de compter les doigts, elle n'y arrive qu imparfaitement.

Teinte jaunâtre. Rien au cœur, rien aux poumons, rien dans les urines.

16 février. — Une partie de la tumeur est enlevée avec les ciseaux et cautérisée au thermo-cautère, par M. le professeur Badal.

17 février. — La surface de la tumeur est jaunâtre.

Pas de pus. Pas d'hémorrhagie.

19 février. — La surface est légèrement recouverte de pus, elle est bourgeonnante. Première application d'acide arsénieux, douleur pendant une heure.

20 février. — Lavage au formol ; application d'acide arsénieux. Douleurs très vives au moment de l'application et pendant trois quarts d'heure.

24 février. — La douleur provoque une syncope. On modifie la formule ; en y ajoutant 1 gramme d'orthoforme, on peut ainsi continuer le traitement avec la solution au 150e.

26 février. — La malade déclare que la douleur est

moins vive que les jours précédents. La plaie est recouverte surtout au niveau des bords d'une croûte jaunâtre.

27 février. — On enlève la croûte devenue brunâtre et on continue les badigeonnages.

28 février. — On élève le titre de la solution, on le porte à 1 pour 80.

1er mars. — Pas de douleur. L'ulcération a diminué d'étendue.

2 mars. — La plaie est recouverte de croûtes jaunâtres.

3, 4 et 5 mars. — On élève encore le titre de la solution, on le porte à 1 pour 60.

15 mars. — On enlève l'eschare, on badigeonne la surface bourgeonnante qu'elle laisse à sa place. La douleur est vive, mais elle est calmée par un badigeonnage d'orthoforme en solution dans la glycérine.

| | |
|---|---|
| Orthoforme ................ | 0 gr. 05 |
| Glycérine.................. | 4 — |

Les cautérisations sont continuées jusqu'au 30, la surface ulcérée a considérablement diminué d'étendue, du tissu de cicatrice se forme sur les bords. La malade quitte l'hôpital et n'y reparaît plus.

**Observation 27.** — Cerny et Trunecek. Sem. méd. mars 1899

Homme de 59 ans, robuste, sans antécédents, se présente en octobre 1898 avec une lésion cancéreuse de la lèvre inférieure. Notre traitement est institué ; on fait 3 ou 4 badigeonnages par semaine. 8 jours après le début de traitement, une première eschare tombe, et quinze jours après une seconde. Il reste une plaie bourgeonnante avec quelques bourgeons cancéreux que de nouveaux badigeonnages détruisent facilement.

Deux mois et demi après le début du traitement, la cicatrisation était complète.

**Observation 28.** — Cerny et Trunecek, Sem. méd. mars 1899

Homme de 54 ans. Carcinome de la lèvre inférieure.

Pas d'adénopathie ganglionnaire. Ulcération peu étendue. Le traitement est institué, formation et chute de deux eschares, guérison rapide de la plaie qui subsiste après elles.

### Observation 29. —(Thèse Boué)

Femme de 74 ans. Elle est soumise au traitement de Cerny-Trunecek pour une ulcération située au milieu de la lèvre inférieure, et de la dimension d'une pièce de 50 centimes. La tumeur date de 6 mois, et n'a été soumise à aucun traitement. A partir du 8 mars, 5 jours de suite badigeonnage avec la solution au 150ᵉ.

Puis badigeonnage avec la solution au 50ᵉ.

Le 10, chute de l'eschare.

Le 27, chute de la deuxième eschare.

Le 29, on enlève une troisième croûte.

Le 9 avril, la malade ne présente plus qu'une petite plaie avec bourgeons charnus dont la guérison n'est qu'une question de jours.

### Observation 30 (Personnelle)

B..., 52 ans, journalier. Rien de particulier dans ses antécédents.

Se présente en novembre 1898 dans le service de clinique de l'hôpital Saint-Louis pour une lésion ulcéreuse du front datant de plusieurs mois. L'ulcération siège un peu au-dessus du sourcil droit, elle a des dimensions un peu supérieures à celles d'une pièce de 50 centimes. Son contour est irrégulier, son fond légèrement saignant, ses bords épais et durs. Sur l'ulcération on remarque quelques croûtelles qui se détachent facilement.

Examen biopsique : amas épithélioïdes donnant à la néoplasie l'apparence d'une glande ; les cellules épithéliales sont égales entre elles et bien groupées ; entre elles existent des masses de lymphocytes. Dans les amas épithéliaux ce ne sont pas des cellules cancéreuses habituelles, mais des cellules à noyaux ovalaire, oblongs ou allongés.

Au total : Amas épithéliaux et infiltration leucocytaire abondante. C'est un type épithélial à tendance carcinomateuse avec infiltration cellulaire.

Traitement par la méthode de Cerny. Les applications sont faites tous les jours, mais on passe rapidement de la solution faible à la solution moyenné, puis à la solution forte. On n'emploie guère la même solution que 2 à 3 jours. Les 3 eschares qui se forment successivement sont très adhérentes.

Guérison en 5e semaines. Reste une cicatrice déprimée près du sourcil.

### Observation 31 (Personnelle)

F..., 62 ans. Epithélioma de la région intersourcilière. L'ulcération a la dimension d'une pièce de 1 franc, quand la malade se présente le 18 février.

Le début de la lésion remonte à 10 ans. A l'origine existait au point qui l'occupe une petite saillie recouverte de croutelles noirâtres qui saignait au moindre attouchement. Une ulcération s'est produite sur cette tumeur, et depuis trois semaines cette ulcération s'est subitement étalée. Depuis 1 mois est survenue sur la face une éruption squameuse.

Biopsie : On remarque des amas et des boyaux épithéliaux séparée par deux sortes de tissus : $\alpha$ du tissu filamenteux avec cellules à gros noyaux allongés, $\beta$ du tissu réticulé avec noyaux ovales de lymphocytes. Les amas épithéliaux sont constitués par des cellules régulières et très pressées. Tout à fait à la périphérie et jusqu'en dehors de la coupe cellules à noyaux fragmentés. Peu de vaisseaux.

Le traitement est commencé le 25 février, il dure 2 mois et demi mais la guérison est complète.

### Observation 32 (Personnelle

Vve M..., 63 ans, ménagère, se présente dans le service de M. le professeur Fournier en mars, pour une lésion ulcéreuse du dos de la main droite. Il y a 6 mois la malade

remarqua en cette région la présence d'un poireau, elle chercha à l'enlever avec ses ongles, il en résulta un écoulement peu abondant de sang noir. Depuis cette époque la tumeur et l'ulcération qui repose sur elle ont augmenté peu à peu.

Au moment où la malade se présente il existe une tumeur dure, surmontée d'une ulcération profonde, au niveau de l'extrémité inférieure du premier métacarpien. Et sur le nez on remarque un petit élément papillomateux.

Biopsie : quelques cellules à noyaux fragmentés, mais surtout amas de lymphocytes. Çà et là quelques cellules cylindriques. Digitations épidermiques papillomateuses. C'est un type verruqueux.

Le traitement est commencé fin mars, guérison complète au bout de 4 semaines.

## **Observation 33** (Personnelle)

Marie T..., 59 ans, se présente à Saint-Louis, le 25 février 1898, pour une plaie ulcéreuse siégeant sur le front un peu à droite de la ligne médiane. La lésion a débuté il y a plusieurs mois, elle a aujourd'hui la dimension d'une pièce de 2 francs. Il existe une large base d'induration, mais le tout est parfaitement mobile sur les os sous-jacents. Le contour de l'ulcération est irrégulier, le fond en est tomateux et laisse suinter un liquide de mauvaise odeur.

Examen histologique : les éléments épithéliaux sont peu nombreux, la plus grande partie de la coupe est occupée par des leucocytes de variétés nombreuses. C'est donc un type épithélial avec infiltration cellulaire très abondante.

1er Mars. — La malade est soumise au traitement suivant la méthode de Cerny-Trunecek. On commence par la solution au 150e, 2 jours après on passe à la solution au 100e, 3 jours plus tard on applique la solution à 1 pour 80. Une seule eschare se forme, et après sa chute la cicatrisation s'opère en quelques jours.

Le traitement a duré en tout quatre semaines.

### Observation 34 (Personnelle)

M. T..., 57 ans, a été opéré il y a 10 ans pour une petite tumeur qui occupait la racine du nez et qui semble avoir été un papillome d'après les renseignements fournis par le malade. Depuis 8 mois, T... a vu se reproduire la verrue qu'il avait fait enlever. C'est maintenant un saillie irrégulière, rude au toucher, indolore, qui présente quelques fissures peu profondes. La base est à peine indurée.

Biopsie : Aspect d'un papillome épidermique avec dentelures très marquées; infiltration cellulaire très accentuée.

Le procédé de Cerny est employé à partir du 15 mars, 1 mois après il ne reste plus qu'une petite cicatrice blanchâtre.

---

## OBSERVATIONS DÉFAVORABLES

---

### Observation 1 — Courtin, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (octobre 97)

Il s'agit d'un cocher atteint d'une ulcération épitheliomateuse du dos de la main et envahissant le pouce, l'index et le médius. J'employai le topique sous les trois formules ; les applications en étaient douloureuses ; la fétidité disparut assez rapidement, les bourgeons grisâtres devinrent rosés, et il parut y avoir une tendance à la cicatrisation ; mais au bout d'un mois et demi de traitement, toute amélioration cessa et on dut proposer au malade l'amputation du poignet. Il y eut donc diminution dans l'odeur de la suppuration mais pas de guérison définitive.

**Observation 2.** — Communication à la Société médicale de Nantes, par les Drs Malherbe et Perrochaud (octobre 97).

Il s'agit d'une femme de 65 ans, ménagère, atteinte depuis 4 ans d'un épithelioma de la face. Au début, elle portait une petite papule légèrement surelevée de la grandeur d'une pièce de vingt sous.

Cette papule siégeait à la racine du nez sur le côté droit. Au bout d'un an environ, on opère cette petite tumeur, et on fait une greffe dermo-épidermique pour combler la perte de substance. En 12 jours, la guérison est obtenue. Pendant 13 mois, aucun accident nouveau ne se produisit.

Mais un jour, cette femme se heurte violemment la joue au niveau de la paupière inférieure droite avec le manche de son balai. Aussitôt et fort rapidement, il se développe en ce point une petite tumeur du volume du pouce. La malade se fait opérer. Mais cette fois, la réunion par première intention ne se fait pas, et il en résulte une cicatrice profonde et douloureuse.

Quelques semaines après cette seconde intervention, une nouvelle production épitheliale se montre sur la commissure labiale droite devenue spontanément douloureuse.

Cette nouvelle tumeur évolue avec rapidité et en l'espace de 6 mois, le mal s'étend si largement qu'on ne peut songer à une troisième intervention chirurgicale.

La malade entre alors comme incurable à Saint-Jacques, (juillet 97).

Toute la moitié droite de la face est envahie par le mal. La surface épithéliomateuse, ulcérée, bourgeonnante, couverte de sanie fétide, est le siège d'hémorrhagies en nappe fréquentes. La commissure labiale droite, l'aile du nez du même côté sont absolument détruites. La partie inférieure de la joue est œdémateuse, empâtée.

Dans la région sous-maxillaire, on sent des masses ganglionnaires engorgées. Du côté de la muqueuse de la joue et du plancher de la bouche, la tumeur a proliféré, la

malade peut à peine ouvrir la bouche et ne se nourrit qu'à l'aide de substances liquides. L'œil disparaît entièrement derrière un bourrelet d'œdème formé par la paupière inférieure. L'état général est encore bon.

Le 25 juillet les premières applications arsenicales sont faites. La douleur, assez violente, dure d'abord toute la journée ; mais au bout de quelques jours elle devient passagère et très supportable. On badigeonne d'abord une zône limitée, puis en voyant le topique bien supporté, rapidement les badigeonnages sont étendus à toute la surface de la lésion.

Sur toute la région périphérique se forme alors une pellicule grisâtre, analogue à de l'épiderme macéré, mollasse plutôt que dure. Sur toute la surface centrale ulcérée, la réaction est à peu près nulle ; en aucun point on ne voit se produire la croûte épaisse et dure annoncée par Cerny et Trunecek.

Le processus néoplasique continue à évoluer, restant pour ainsi dire indifférent à l'action du topique employé. Sans s'étendre en surface, le mal gagne en profondeur. Aujourd'hui les os sont envahis, les maxillaires sont à nu et nécrosés, les dents sont ébranlées et tombent, le sinus maxillaire est perforé, les cornets des fosses nasales sont à découvert. Evidemment le mal progresse, et la terminaison fatale menace de se produire à brève échéance.

**Observation 3.** — Malherbe et Perrochaud. Société Méd. de Nantes (octobre 1897).

Femme de 65 ans ; cuisinière. Cette malade porte sur la joue droite, au niveau de la pommette un petit ulcus rodens type. Le mal date de 9 ans.

Application du traitement de Cerny-Trunecek.

En quelques semaines, il se forme une croûte mince et superficielle. Une fois cette croûte enlevé, la tumeur sous-jacente n'offre pas de modifications sensibles et pas la moindre tendance à évoluer vers la guérison.

La durée du traitement a été d'un mois et demi.

**Observation 4.** — Hermet. — Communication à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, juin 1898.

Epithélioma à marche rapide, sur lequel on tente la méthode de Cerny. Elle a un résultat absolument négatif, et détermine une poussée d'une acuité considérable.

**Observation 5.**— Hermet.— Même communication.

Femme porteuse d'un épithélioma développé sur un lupus. Il y a déjà 18 mois qu'on la traite quand on essaie les badigeonnages à l'acide arsénieux.

Résultat négatif.

**Observation 6.** — Ginestous. — Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux, août 1898.

X..., 59 ans, cultivatrice, entre à l'hôpital Saint-André le 26 janvier 1888. Rien à noter dans ses antécédents tant héréditaires que personnels.

Il y a 3 ans sur l'aile gauche du nez se développe un petit bouton, gros comme un pois. Deux pommades sont appliquées successivement sans eflet curateur, l'une même aggrave l'état de la malade. A partir de ce moment, la tumeur s'ulcère et envahit la paupière de l'œil gauche.

Le 29 janvier on commence le traitement.

A la fin de février l'ulcération continue ses ravages, et la tumeur ne rétrocède pas.

En présence de ce résultat négatif on abandonne le traitement.

**Observation 7.** — Loco citato.

Marie D..., 68 ans. Il y a 15 ans, dacryo-cystite à l'œil gauche, guérison par cathétérisme. Il y a 4 ans, à la même place, apparition d'une tumeur qui atteint le volume d'une

noix. Cette tumeur s'ulcère et gagne en profondeur. Traitement au chlorate de potasse, aucune amélioration.

8 mars. — On commence les badigeonnages à l'acide arsénieux.

Au commencement de mai, l'état de la malade s'est aggravé. On renonce au traitement.

### Observation 8. — Ginestous. *Loco citato*

Pierre P..., 50 ans, cultivateur, se pique à la paupière inférieure gauche avec un roseau en août 1895. En 1897, apparition à cette place d'une ulcération suintante. L'ulcération s'agrandit, gagne toute la paupière inférieure.

Le 12 janvier 1898, il entre à l'hôpital, le 18, on commence le traitement. Les badigeonnages sont très douloureux et ne donnent aucune amélioration.

2 février. — L'ulcération s'est encore agrandie. Le 16, le malade dont l'état s'est aggravé quitte l'hôpital.

### Observation 9 (Personnelle)

C . , 60 ans, se présente le 10 février 1898, à l'hôpital Saint-Louis avec deux ulcérations l'une siège sur le front de la ligne médiane, l'autre sur la face latérale gauche du nez. La première a les dimensions d'une pièce de 50 centimes, l'autre celle d'une grosse lentille. Elles ont débuté il y a 2 ans chacune par une petite saillie ressemblant à une verrue. Rapidement (en quelques mois) elles se sont ulcérées ; au moment où se présente la malade leur fond est rouge, bourgeonnant, saigne facilement et laisse suinter un liquide fétide.

Biopsie : les glandes sébacées semblent intactes, les glandes sudoripares ont leurs cellules tuméfiées et les noyaux de celles-ci sont multipliés. Les cellules néoplasiques ont la forme embryonnaire. Infiltration cellulaire à peu près égale à la formation néoplasique.

Le traitement de Cerny est aussitôt institué. Les applications ont lieu tous les deux jours et la guérison est obte-

nue en 2 mois. Mais la malade revient 1 mois plus tard, la lésion a récidivé.

### Observation 10 (Personnelle)

M..., 55 ans, se présente le 23 mars 1898 avec un épithélioma siégeant sur l'apophyse malaire du côté gauche. La lésion a débuté il y a quelques années par un petit bouton gros comme un pois, recouvert de squasmes qui a augmenté assez rapidement de volume et s'est ulcéré après quelques mois. La tumeur a toujours été indolente. Quand le malade se présente, l'ulcération limitée par des bords épais a la largeur d'une pièce de 1 franc, elle est bourgeonnante et légèrement suintante. L'état général est bon.

Examen biopsique : Amas cellulaires à cellules assez régulières (type adulte). Peu d'éléments leucocytaires.

Traitement de Cerny-Truneck : commencé le 25 mars.

Cicatrisation le 30 avril. Mais récidive au commencement de juin.

### Observation 11 (Personnelle)

Mme L..., 70 ans, vient consulter à Saint-Louis le 15 mai 1895 pour un épithélioma végétant du nez.

Le début de l'affection remonte à 18 mois ; il existait dans le sillon naso-génien du côté droit un petit bouton pas plus gros qu'une tête d'épingle, que la malade écorchait fréquemment et qui saignait beaucoup chaque fois. Les douleurs ont toujours été nulles, la malade ne souffre que depuis que le traitement lui a été appliqué.

L'ulcération a les dimensions d'une pièce de 50 centimes elle est profonde, et son fond est très rouge ; elle saigne fréquemment. Le reste de la face est telangiectasique, du reste toute la famille de la malade a plus ou moins de couperose.

La malade a déjà été traitée il y a 3 mois à l'aide d'une pommade blanche (?) qu'on a appliquée pendant une quinzaine de jours sans résultat.

Biopsie : boyaux épithéliaux allant jusqu'à l'épiderme. Infiltration cellulaire peu abondante. Les cellules néoplasiques revêtent le type embryonnaire.

La malade est aussitôt traitée par la méthode de Cerny. Après 15 jours d'applications journalières non seulement la cicatrisation n'est pas commmencée, mais la lésion semble avoir augmentée et tout fait présumer que la malade ne bénéficiera pas de la méthode.



# CONCLUSIONS

---

Les applications locales d'arsenic ont été démontrées de tout temps comme ayant une action curative contre les productions épithéliales de la peau.

La méthode de Cerny-Trunecek, méthode arsenicale modifiée, semble posséder l'avantage sur les autres méthodes d'être plus rapide et plus efficace.

Elle ne doit cependant pas être employée à l'exclusion de toutes les autres, car où elle échoue une autre peut réussir.

Ce qu'on cherche à obtenir avec elle, c'est une cicatrisation et non pas comme le disent les auteurs une guérison radicale, leur méthode ne mettant pas à l'abri des récidives.

Quelques accidents qu'on peut voir survenir au cours de la médication ne doivent pas empêcher que le traitement soit repris aussitôt les choses rentrées dans l'ordre.

On peut essayer de rendre les applications moins douloureuses par l'association de l'orthoforme à la solution de Cerny-Trunecek.

L'action curative de la solution n'est pas égale et fatale dans tous les cas ; il existe des indications et des contrindications qui sont à la fois d'ordre clinique et anatomique.

Les indications fournies jusqu'ici sont insuffisantes pour servir de guide, par ce qu'elles sont uniquement basées sur les caractères macroscopiques des lésions.

La méthode ne doit donc pas être appliquée sans qu'il y ait été fait au préalable une étude biopsique de la néoplasie.

Il semble en effet résulter jusqu'à présent des études biopsiques, qu'au point de vue de la réaction à la méthode de Cerny-Trunecek il existe trois variétés de néoplasie :

Une variété qui se rapproche des verrues séniles et que nous appellerons le type papillomateux.

Une variété qui est purement épithéliale et que nous appellerons le type épithélial corné.

Enfin une variété dont l'aspect rappelle celui des sarcomes et que nous appellerons le type épithélial embryonnaire.

La méthode de Cerny-Trunecek semble agir rapidement et d'une façon efficace dans la variété papillomateuse surtout si elle s'accompagne d'éléments d'infiltration leucocytaire.

La méthode n'agit sur les deux autres variétés que s'il existe une prédominance ou tout au moins un mélange équivalent d'éléments épitheliaux et d'éléments leucocytaires.

Vu : Le Président de la Thèse,
A. FOURNIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Annales de dermatologie et de syphiligraphie, mars et juin 1898.

*Arnozan.* — Gaz. hebd. Paris, 1890.

*Bégouin.* — Cancroïdes de la face.

*Borde.* — Soc. de méd. et de chir. Bordeaux, 1897.

*Boué.* — Thèse Toulouse, 1899.

*Bougard.* — Tribune médicale. Paris, 1882.

*Brault.* — Bull. de la Soc. de derm. et de syph. avril et juin 1898.

*Brocq.* — Traitement des maladies de la peau. — Bull. de la Société méd. des hôp. Paris, 1890. — Revue gén. de clin. et de thérap. 1891.

*Brocq et Jacquet.* — Traité de dermatologie.

*Cerny et Trunecek.* — Semaine médicale (mai 1897, mars 1899).

*Chasseaud.* — Bull. gén. de thérap. 1890.

*Courtin.* — Soc. méd. de Bordeaux, 1897.

*Dangerfield.* — Ulcus rodens (Th. Paris, 1892).

*Darier.* — Bull. gén. de thérap. 1893.

*Davezac.* — Soc. méd. de Bordeaux, 1897.

*Dubreuilh.* — Soc. méd. de Bordeaux, 1897.

*Dupuy.* — L'arsenic en thérapeutique (Th. Paris, 1854).

*Fabre-Domergue.* — Les cancers épithéliaux.

*Forgue.* — Montpellier médical, 1890.

*Galard.* — Epithélioma aux divers âges (Th. Paris 91)

*Garès.* — Traitement des tumeurs épithéliales par le caustique arsenical (Th. Paris 92).

*Gastou.* — Bull. de la Soc. de derm. et de syph. juin 1898, janv. 1899.

*Gastou et Haury.* — Bull. de la Soc. de derm. et de syph. (nov. 1898).

*Gaucher et Barde.* — Art. Epithéliome, in Traité de médecine de Brouardel.

*Ginestous.* — Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux (avril et août 1898).

*Gorgon.* — Epithéliomatose et sarcomatose cutanée. (Th. Paris. 1896).

*Hermet.* — Bull. de la Soc. de derm. et de syph. mars et juin 1898.

*Heurteaux.* — Du cancroïde en général (Th. Paris 1861).

*Hyverneaud.* — Traitement du cancroïde par le chlorate de potasse (Th. Paris).

*Jeanbrau.* — Soc. de méd. et de chirur. 1898.

*Jennings.* — Sur le traitement du cancer par la térébenthine de Chio. (Paris 1880).

*Journal* d'oc. et de chir. Paris 91.

*Kaposi.* — Traité des maladies de la peau.

*Khun.* Traitement du cancer épithélial. Gaz. hebd. janv. 1897.

*Laboulbène.* — Soc. médic. des hôpitaux, 1881.

*Lagoutte.* — Lyon médical, 1897.

*Le Dentu.* — Soc. de chirurgie, 1891.

*Lemoine.* Rev. gén. de clin. et de thérap., 1888.

*Lévêque.* — Thèse Paris, 1880.

*Mazet.* — Revue d'ophtalm., Paris, 1892.

*Michon.* — Du cancer cutané. Th. Paris, 1848.

*Monique.* — Usages de l'ac. acétique en dermatologie. Thèse Paris, 1887.

*Montseret.* — Montpellier médical (avril 1898).

*Moran.* — Société de biologie, 1893.

*Moresen.* — De l'arsenic et de son emploi en médecine. Thèse Paris, 1872.

*Nanu.* — Congrès de chirurgie, 1892.

*Pascal.* — Thèse Montpellier, 1898.

*Poncel.* — Semaine médicale, 1890.

*Rougier.* — Thèse Bordeaux, 1890.

*Rousseau.* Indications des préparations arsénicales. Thèse Paris, 1869.

*Terrillon.* Bull. gén. de thérap., 1881.

Paris. — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine.